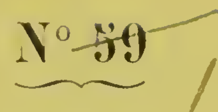
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBRO-MYXOMES

DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

A TYPE SUPÉRIEUR




CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBRO-MYXOMES

## DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE A TYPE SUPÉRIEUR

# THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Juillet 1907

PAR

François DEFRANCHI

Né à Ajaccio (Corse), le 27 juin 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine




MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14

—

1907

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) ............ Doyen.
SARDA ................. Assesseur.

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale | MM. GRASSET (✻). |
| Clinique chirurgicale | TEDENAT. |
| Thérapeutique et matière médicale | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerveuses | MAIRET (✻). |
| Physique médicale | IMBERT. |
| Botanique et histoire naturelle médicales | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale | FORGUE (✻). |
| Clinique ophtalmologique | TRUC (✻). |
| Chimie médicale | VILLE. |
| Physiologie | HEDON. |
| Histologie | VIALLETON. |
| Pathologie interne | DUCAMP. |
| Anatomie | GILIS. |
| Opérations et appareils | ESTOR. |
| Microbiologie | RODET. |
| Médecine légale et toxicologique | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique | BOSC. |
| Hygiène | BERTIN-SANS H. |
| Clinique obstétricale | VALLOIS. |

*Professeurs adjoints :* MM. RAUZIER, De ROUVILLE.

*Doyen honoraire :* M. VIALLETON.

*Professeurs honoraires :* MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

*Secrétaire honoraire :* M. GOT.

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | MM. VEDEL, agrégé. |
| Clinique annexe des maladies des vieillards | RAUZIER, prof. adjoint. |
| Pathologie externe | SOUBEIRAN, agrégé. |
| Pathologie générale | N... |
| Clinique gynécologique | De ROUVILLE, prof.-adj. |
| Accouchements | PUECH, agrégé libre. |
| Clinique des maladies des voies urinaires | JEANBRAU, agrégé. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie | MOURET, agrégé libre. |

## Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.
RAYMOND (✻).
VIRES.
VEDEL.

MM. JEANBRAU.
POUJOL.
SOUBEIRAN.
GUERIN.

MM. GAGNIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.)
LAPEYRE.

M. IZARD, *secrétaire.*

## Examinateurs de la thèse :

MM. De ROUVILLE, *président.*
TEDENAT, *professeur.*

MM. LAPEYRE, *agrégé.*
SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

F. DEFRANCHI.

A MON FRÈRE

A MES BELLES-SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. DEFRANCHI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

F. DEFRANCHI.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LAPEYRE ET SOUBEIRAN

F. DEFRANCHI.

# PRÉFACE

Il est un usage constant auquel je ne voudrais déroger parce qu'il se présente à moi comme l'occasion de remplir un devoir.

Je suis heureux d'acquitter envers les maîtres dont j'ai eu l'honneur d'être l'élève, et qui se sont efforcés de me former dans l'art difficile de guérir, une dette bien juste de reconnaissance.

Je prie M. le professeur Carrieu d'agréer l'assurance de ma vive gratitude pour l'enseignement éclairé qu'il m'a donné au lit du malade.

Que M. le professeur de Rouville daigne agréer l'expression de mes plus vifs remerciements pour la constante bienveillance que ce maître excellent a bien voulu me témoigner.

Je veux le remercier aussi pour le grand honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de ma thèse.

J'ai eu le grand plaisir d'être à Cannes l'interne des docteurs Girard et Vernet. J'ai gardé de leurs leçons un excellent souvenir.

Je n'aurais garde d'oublier dans ma reconnaissance tous ceux qui, au cours de mes études, m'ont aidé de quelque façon à augmenter mes connaissances et m'ont témoigné quelque sympathie.

Je veux mentionner particulièrement les professeurs agrégés Jeanbrau, Riche, et mon excellent ami le Dr Pieri, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

A mes si nombreux camarades je laisse la meilleure partie de mon cœur.

Ce sera toujours avec émotion que je me remémorerai les bons et les mauvais jours que nous vécûmes ensemble.

Ce sera aussi avec un plaisir toujours nouveau que je les reverrai dans la vie.

---

# INTRODUCTION

Il semble que la question des fibro-myxomes de la paroi abdominale soit aujourd'hui bien connue et par conséquent sans intérêt ; après les travaux qui ont paru sur ce sujet depuis 1850 et surtout après le traité complet et magistral de MM. Labbé et Remy, il pourrait paraître présomptueux d'en reprendre l'étude.

Cependant, malgré les nombreux travaux dont s'est enrichie depuis 50 ans la bibliographie des tumeurs fibreuses de la paroi abdominale, malgré leur valeur, il nous a semblé que le sujet n'était point épuisé.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur de Rouville une de ces tumeurs, nous avons résolu, à propos de ce cas, de prendre pour sujet de notre thèse inaugurale : Des fibro-myxomes de la paroi abdominale antérieure, à type supérieur.

M. Bosc, préparateur d'anatomie pathologique, a bien voulu examiner notre tumeur au point de vue microscopique.

Son diagnostic est venu compléter celui qu'avait déjà porté M. de Rouville.

Nous nous limiterons aux cas où ces fibro-myxomes seront situés haut dans la paroi abdominale, sous les côtes ou au voisinage des côtes.

Ce mémoire est divisé en huit chapitres :

CHAPITRE I. — Historique.

CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.

CHAPITRE III. — Etiologie et Pathogénie.

CHAPITRE IV. — Symptômes.

CHAPITRE V. — Diagnostic.

CHAPITRE VI. — Marche. Terminaison. Pronostic.

CHAPITRE VII. — Traitement.

CHAPITRE VIII. — Conclusions.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

# FIBRO-MYXOMES

## DE LA PAROI ABDOMINALE ANTÉRIEURE

## A TYPE SUPÉRIEUR

---

# CHAPITRE I

## HISTORIQUE

L'histoire des fibro-myxomes de la paroi abdominale paraît remonter à 1850. Quatre observations de tumeurs de la paroi abdominale antérieure se succèdent à peu d'intervalle. Elles sont par ordre chronologique : la première, de Sappey ; la deuxième, d'un médecin militaire belge nommé Limauge ; la troisième et la quatrième, de Langenbeck.

Dans les années suivantes parurent des observations de Bouchacourt (1851), Santesson (1855) et Paget (1856).

Le 22 août 1860, Huguier vient annoncer à la Société de chirurgie que la paroi antérieure de l'abdomen est le siège d'une espèce de tumeurs non décrites encore et

spéciales par leur nature, leur pronostic, la difficulté de leur traitement. Ces tumeurs *sont des fibromes* : elles sont *bénignes*. Elles ont *un rapport habituel avec les os* d'où *elles naissent*, un *rapport accidentel avec le péritoine* qui constitue le danger de leur traitement radical, l'extirpation.

En 1861, parut la thèse de Bodin, inspirée par Huguier et Gosselin.

Nélaton, en 1862, confirma la théorie de Huguier. À l'étranger la période des travaux d'ensemble ne commence qu'en 1865. Le premier travail est celui de Cornils. Il est encore question, incidemment, de ces fibromes dans une leçon de Buntzen (1868) sur la *vulnérabilité du péritoine, en particulier au sujet des tumeurs prépéritonéales*.

En 1868, Panas émet pour la première fois l'opinion que le ligament rond pourrait bien être le point de départ de ces tumeurs.

L'année 1875 est une des dates les plus importantes de notre historique.

Deux travaux paraissent en ce moment : en France un mémoire de Guyon et en Allemagne la thèse de Snadicani.

A Paris, l'année suivante, paraît la thèse de Salesse.

Nicaise, en 1878, admet à la fois l'origine osseuse et aponévrotique de ces fibromes.

En 1879, Grätzer, sous l'influence des idées de Conheim, admet que ces tumeurs sont dues au développement tardif de débris embryonnaires inclus dans les tissus.

En 1880, Péan consacre quelques pages à ces tumeurs.

En 1881, Weinlechner insiste sur les difficultés du diagnostic.

Herzog (de Munich), en 1883, considère les fibromes de

la paroi comme des cicatrices musculaires ou aponévrotiques hypertrophiées.

En 1884, paraissent les études de Bruntzel et de Sänger.

En 1885, la Société de chirurgie est de nouveau saisie de la question de ces tumeurs par une présentation de M. Terrillon.

La question est tout à fait à l'ordre du jour.

En 1886, Nicaise présente (21 février) une nouvelle observation à cette Société.

La même année paraissent (10 mars) la thèse de Damalix, (30 mars) un mémoire de Terrillon, (1 mai) une leçon de Daniel-Mollière, de Lyon, et enfin (1 novembre) une observation de Brun.

Le jury du concours d'agrégation en chirurgie de la même année (1886) choisit cette question comme sujet de thèse et la place dans l'urne, mais le candidat renonce à accomplir sa tâche.

En 1888, Labbé et Remy font paraître un Traité des fibromes de la paroi abdominale dans lequel ils réunissent une centaine d'observations. Ces auteurs écartèrent définitivement la théorie de l'origine osseuse et admirent que ces fibromes prenaient naissance au niveau des déchirures musculaires produites par les efforts de l'accouchement.

Depuis cette époque, les travaux ont continué à être nombreux et nous citerons particulièrement en France ceux de Tillaux, Ledru, Témoin, Gross, André, Verneuil, Michaux, Guinard, et les thèses de Lequette, Parayre, Bireaud, Noirot, Duchêne, Puyaubert, O'Neill et Loubry.

Parmi les travaux étrangers, il convient de signaler ceux de Leddherose et Sonneschein en Allemagne, et Panizzo y Munoz en Italie.

# CHAPITRE II

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ce sont des tumeurs composées des éléments du tissu fibreux à divers degrés d'évolution : fibres larges ou étroites, rectilignes ou onduleuses, cellules rondes et cellules fusiformes du tissu conjonctif.

Le tissu élastique manque constamment. Les fibres sont souvent très fines : elles s'entre-croisent de façon à former un tissu serré dans lequel se voient en nombre variable les cellules fusiformes.

A ces éléments figurés s'ajoute une substance amorphe semi-liquide ou gélatineuse en même temps.

« La tumeur est formée d'enveloppes et de cloisons fibreuses nacrées, formant des alvéoles remplies d'une masse liquide verdâtre, qui peut être exprimée. » (Santesson.)

La tumeur « est parcourue par des travées fibreuses peu épaisses entre lesquelles fait hernie une masse plus molle, plus translucide, d'aspect œdémateux, laissant suinter un suc à la coupe. » (Brun.)

« La coupe montrait un réseau grossier de faisceaux blancs, resplendissants, entre lesquels se trouvaient, surtout vers le centre de la tumeur, des espaces de l'étendue d'un pois ou d'une noix avec une substance intermédiaire homogène, partie gélatine, partie demi-liquide.» (Langenbeck.)

---

# CHAPITRE III

## ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les fibro-myxomes de la paroi abdominale sont une affection rare.

C'est presque toujours chez la femme qu'on les rencontre ; sur cent tumeurs de cette nature rassemblées par Labbé et Remy, il en est quatre seulement qui ont trait à des hommes.

Ces fibromes sont donc l'apanage presque exclusif des femmes et des femmes jeunes dans la période de l'activité sexuelle.

On a cherché à expliquer la production de ces néoplasmes de différente façon.

Huguier, Bodin, Nélaton, Nicaise, Salesse sont de ceux qui ont affirmé l'existence du pédicule rattachant la tumeur au périoste de l'os voisin ; ils leur assignent une origine ostéo-périostique.

En 1875, Guyon substitua à la théorie de Huguier une théorie fibro-musculaire. Il affirma que ces tumeurs prennent naissance dans l'épaisseur des muscles ou aux dépens des aponévroses et que, lorsqu'il y avait un pédicule, il

ne s'agissait que d'une adhérence aux os secondaire et accidentelle.

Labbé et Remy, en 1888, ont attribué un grand rôle dans la production des tumeurs que nous étudions à l'effort de l'accouchement.

Lequette, dans sa thèse (Lille, 1894), n'admet pas comme indispensable l'effort de l'accouchement. Pour lui, la distension des muscles et des aponévroses par l'utérus gravide peut provoquer des déchirures vasculaires et secondairement l'hématome qui se transforme en fibrome.

Pour Grätzer (Thèse de Breslau, 1879), il s'agit de débris embryonnaires qui s'accroissent sous l'influence d'excitations, telles que la congestion qui accompagne la grossesse.

Pour Guinard et Puyaubert, les fibromes de la paroi abdominale se développeraient aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond.

Depuis ces travaux de Guinard et Puyaubert, les communications à la *Société anatomique* de Morestin, d'Auvray et Marcille ont opposé à nouveau la théorie fibro-musculaire à la théorie de Guinard.

Pour ce qui est de la grossesse en particulier, ne pouvons-nous pas admettre que l'état de gestation qui apporte des modifications non seulement dans l'appareil génital de la femme, mais qui retentit sur l'organisme tout entier, soit capable de déterminer des modifications dans une tumeur même indépendante des organes génitaux.

Des travaux récents ont montré, du reste, que la grossesse n'exerce pas seulement son action hypertrophiante sur l'appareil musculaire des organes génitaux (utérus, ligaments larges, ligaments ronds, etc.), mais sur les muscles de l'abdomen et même des membres.

M. Darante, chef du Laboratoire de la Maternité de Paris, dans son travail sur la régression cellulaire (*Presse médicale*, 21 mars 1900), montre l'action de la grossesse sur les muscles de la paroi abdominale et en particulier sur le grand droit de l'abdomen. Il choisit des cas de mort subite où aucune infection aiguë ou chronique n'était venue altérer les fibres. Il démontre que la division des fibres aboutit au phénomène de l'hypertrophie, lorsque, au lieu de se développer dans un muscle pathologique, elle apparaît dans un muscle physiologique surmené.

« La division longitudinale, dit M. Darante, entraîne alors, non pas une atrophie, mais une hypertrophie vraie, par augmentation du nombre des éléments striés, véritable hypertrophie numérique, dont l'existence avait été soupçonnée, il est vrai, mais jusqu'ici toujours vivement contestée. »

Or n'est-il pas très logique d'admettre qu'un état qui exerce des modifications aussi profondes dans la structure même de la paroi abdominale soit capable de déterminer des modifications dans une tumeur siégeant au sein même de cette paroi, que ce soit par une hyperplasie des éléments conjonctifs interstitiels aboutissant à une tumeur fibreuse, ou par une véritable métaplasie fibreuse, les éléments musculaires aboutissant par dégénérescence à une sorte de sclérose?

De plus, en distendant le ventre à l'excès, l'utérus gravide n'exerce-t-il pas des tiraillements, des tractions, en somme un traumatisme continu sur une tumeur intrapariétale? et nous ne pensons pas qu'il soit absurde d'admettre que ce traumatisme soit capable d'activer la marche et de hâter le développement d'une telle tumeur.

Si nous admettons dès lors que les aponévroses et les muscles de la paroi abdominale sont le point de départ le

plus fréquent des fibromes qui nous occupent, comment expliquerons-nous la formation de ces tumeurs ?

Il nous a semblé que le traumatisme pris dans son sens le plus général jouait un rôle considérable dans leur pathogénie et c'est à titre de traumatisme, non pas aigu, mais lent et continu, que la grossesse et l'accouchement, qui sont sans nul doute les facteurs les plus importants et les plus habituels, nous paraissent jouer un rôle prépondérant dans la formation de ces tumeurs.

La paroi abdominale surdistendue par l'utérus gravide peut subir des altérations, des déchirures suivies de cicatrices, ces cicatrices devenant le point de départ d'une tumeur, comme cela arrive fréquemment pour les tumeurs fibreuses des autres régions.

MM. Labbé et Remy accordent avec raison, selon nous, une part très importante à l'accouchement proprement dit. « A notre avis, les états du ventre qui viennent d'être décrits (états du ventre pendant la grossesse) ne sont que des causes accessoires. Le véritable agent, c'est l'effort de l'accouchement. Voilà pourquoi ces tumeurs surviennent le plus souvent chez les femmes, car, dans aucune espèce d'effort étudié en physiologie, les muscles de l'abdomen de l'homme ne sont soumis à des contractions aussi intenses, aussi prolongées et aussi fréquemment renouvelées que celles dont nous venons de parler. »

Cette théorie, qui invoque pour cause habituelle le traumatisme en général, a l'avantage de ne pas être infirmée, comme la théorie génitale, par la présence rare, il est vrai, de tumeurs fibreuses pariétales chez l'homme.

Dans ces cas, en effet, quand on fouille bien l'étiologie, on y trouve presque toujours un traumatisme opératoire.

# CHAPITRE IV

## SYMPTOMES

Leur début passe souvent inaperçu et c'est par hasard que les malades les découvrent alors que leur développement est déjà considérable.

Le plus souvent l'état général des malades est excellent : ce sont des femmes, mères d'un ou plusieurs enfants robustes et ne présentant aucune tare constitutionnelle.

Les règles sont normales, régulières, mais ce n'est pas là un symptôme immuable et la menstruation est parfois troublée.

L'indolence est un symptôme presque constant et de la plus grande importance.

Mais un fait digne de remarque et assez fréquent, c'est la sensibilité plus grande et l'accroissement plus rapide du néoplasme au moment des époques menstruelles et pendant la grossesse : à mesure que la tumeur augmente de volume les troubles fonctionnels deviennent plus marqués.

Le plus fréquent est la douleur.

Celle-ci peut avoir des manifestations diverses : tantôt

elle est lancinante, elle a pour siège la tumeur même ; tantôt elle s'irradie dans les régions voisines ; dans ces cas elle est ou continue ou intermittente, à forme névralgique.

Ces tumeurs occupent une grande étendue de la paroi : elles sont souvent multilobées ; leur consistance est inégale. Elles forment une saillie hémisphérique à la surface de laquelle la peau glisse facilement dans les cas ordinaires.

Ces tumeurs sont mobiles dans divers sens. La véritable caractéristique, c'est que les contractions des muscles abdominaux les immobilisent et les fixent. Il est presque impossible de contourner ces tumeurs et de sentir leur face profonde.

La présence de ces tumeurs gène les mouvements du tronc sur les membres et des membres sur le tronc. La malade ne peut se baisser, peut à peine marcher et est incapable de travailler.

On a signalé la compression des viscères par ces masses énormes : il en serait résulté une gène dans l'alimentation, compromettante pour la vie.

La distension de la peau, les frottements des vêtements à leur surface ont amené plusieurs fois des troubles de leur circulation et de leur nutrition. On a vu survenir de l'œdème, un épaississement hypertrophique avec induration considérable de la peau, et enfin des ulcérations. Celles-ci ont donné lieu à des hémorragies, qui par leur répétition ont amené une sorte de cachexie, une anémie grave avec décoloration des tissus et teinte jaune paille.

Dans la plupart des cas les malades se sont amaigries même sans qu'il existât d'ulcération de la peau. On peut expliquer cette modification par la perte des mouvements et l'inquiétude morale des malades.

# CHAPITRE V

## DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces tumeurs est facile en général.

En mobilisant la tumeur dans tous les sens, on s'assurera de ses rapports avec les os.

Les adhérences manquent le plus souvent, mais il faut se rappeler qu'il y a des brides qui simulent des pédicules et qu'enfin il peut y avoir de véritables adhérences secondaires surtout au niveau des côtes.

Quand la paroi est à l'état de relâchement, la tumeur semble superficielle : elle est très mobile. On peut, en palpant profondément, insinuer les doigts en arrière de la tumeur et constater qu'il n'existe aucune connexion entre elle et les organes intra-abdominaux.

Si l'on commande à la malade de faire un effort tel que l'action de pousser (Labbé et Remy) ou de s'asseoir dans son lit (Verneuil), on constate que pendant la contraction des muscles la tumeur devient immobile, et parfois même cesse d'être perceptible.

On peut débattre la question de l'existence d'une néoplasie tenant à l'estomac ou au foie.

Si la tumeur appartient à l'estomac, on observera les signes généraux et locaux habituels à ces tumeurs.

Si la tumeur vient du foie, il faudra faire une recherche complémentaire. On suivra les mouvements du diaphragme et on verra s'il existe un déplacement simultané de la tumeur : c'est, en effet un caractère des tumeurs du foie de se déplacer en suivant les mouvements du diaphragme.

La consistance dure des fibromes les différenciera des lipomes de la paroi. Ceux-ci, du reste, sont d'ordinaire sous-cutanés et par conséquent beaucoup plus superficiels.

Le diagnostic est plus difficille avec les abcès froids et les sarcomes aponévrotiques. On se basera sur les antécédents de la malade et l'évolution plus rapide de la tumeur.

Les sarcomes, chondromes et exostoses du bassin se reconnaîtront à leur grande fixité et à la large surface d'implantation qui les attache au squelette.

---

# CHAPITRE VI

## MARCHE. TERMINAISON. PRONOSTIC

Le développement de ces tumeurs est extrêmement rapide et quelquefois effrayant. C'est ainsi que Santesson vit une tumeur grossir de « plusieurs pouces par mois » et que Broca en observa une autre qui, dans le cours d'une grossesse, atteignit 31 centimètres de diamètre.

Les divers tissus composant la tumeur subissent une distension qui ne peut aller sans néoformation d'éléments : ainsi les cellules jeunes, rondes et fusiformes du tissu conjonctif se montrent-elles en plus grande abondance : de même apparaissent les vaisseaux sanguins dont les parois sont formées d'éléments de nouvelle formation.

Quand ces tumeurs se sont mises à grossir, elles ne s'arrêtent plus dans leur marche.

La généralisation de la tumeur n'a jamais été observée. Les ganglions ne se prennent pas. Mais il a pu exister simultanément plusieurs fibromes ou encore deux fibromes ont pu se succéder à quelques années de distance.

Le pronostic est des plus favorables. Ces tumeurs cons-

tituent une affection très bénigne. Elles ne sont jamais inopérables.

Si les désordres péritonéaux qu'entraîne parfois leur extirpation ont fait faire des réserves à des chirurgiens de la valeur de Trélat (Thèse de Damalix), il est cependant permis d'espérer que les progrès de la chirurgie arriveront à faire disparaître des statistiques ces cas de mort qui les entachent encore de loin en loin, malgré toutes les précautions prises.

---

# CHAPITRE VII

## TRAITEMENT

En 1860, Huguier proposa la *section sous-cutanée* du pédicule. Cette section fut pratiquée trois fois seulement : une fois par Gosselin et deux fois par Huguier. Le succès fut nul.

Il en fut de même de la *ligature sous-cutanée* faite par Richet onze ans plus tard.

Sydow, chirurgien suédois, traita ces tumeurs par des injections. L'injection fut suivie de gangrène de toute la masse morbide et de mort de la malade.

Les tentatives de traitement par les sétons, les cautères, les emplâtres résolutifs ont toujours été inutiles et quelquefois dangereuses.

Il n'y a pas d'autre traitement à proposer actuellement à ces tumeurs que l'extirpation faite avec toutes les précautions d'asepsie ou d'antisepsie qui sont aujourd'hui d'un usage courant.

Cette extirpation doit être faite le plus tôt possible; suivant la juste expression de Labbé, c'est une *opération de prévoyance* pour les petites tumeurs, *d'urgence* pour les grosses.

Pour faire une bonne extirpation, il importe : 1° de savoir qu'il faut serrer de très près la tumeur pour éviter de se perdre dans les feuillets celluleux qui l'enveloppent ; 2° d'être armé pour combattre l'hémorragie veineuse considérable qui résulte de la blessure des grosses veines qui rampent à la surface des tumeurs volumineuses. 3° Il faut surtout bien connaître toutes les difficultés que présentent les adhérences secondaires de la tumeur avec le péritoine.

Pour ce qui est de ces adhérences, les uns ont conseillé de réséquer largement le péritoine (Billroth, Esmarch, Sklifessouski, Sanger), les autres demandent qu'on fasse le décollement aussi loin que possible.

Avec M. Labbé, nous nous rangeons à cette dernière opinion.

Donc, après toutes les précautions habituelles, on incisera les parties molles dans le sens du grand axe de la tumeur, que l'on séparera, couche par couche, des muscles qui l'englobent. Si la tumeur adhère au péritoine, on ne craindra pas d'enlever la portion adhérente. Quelques points au catgut fermeront la séreuse : la couche musculaire sera suturée soigneusement, pour éviter une éventration ultérieure. La peau sera réunie en laissant au point déclive un petit drain. Dans ces conditions la guérison sera parfaite.

———

# CHAPITRE VIII

## CONCLUSIONS

Les fibro-myxomes de la paroi abdominale s'observent à peu près exclusivement chez la femme.

La grossesse et les traumatismes sont les données étiologiques que l'on rencontre habituellement.

Ces fibro-myxomes ne se rencontrent qu'à la période d'activité sexuelle, le plus souvent chez des multipares, quelquefois chez des nullipares ou chez des jeunes filles.

Le diagnostic de ces tumeurs ne présente guère de difficultés en général.

Le pronostic en est bénin, la récidive exceptionnelle. Le traitement de choix est l'extirpation au bistouri avec toute l'asepsie que nécessite l'adhérence fréquente de ces fibromes au péritoine.

# OBSERVATIONS

## Observation I

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Lisbonne, interne des hôpitaux

Marie-Antoinette B..., 21 ans, entre à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur de Rouville, le 19 mars 1907.

Mariée à 19 ans ; a eu un enfant 9 mois après ; l'accouchement s'est bien passé : la malade dit avoir fait des efforts d'expulsion ; elle se lève huit jours après.

Six mois après avoir eu ce premier enfant, la malade est de nouveau enceinte : l'accouchement se passe bien ; la malade reste simplement huit jours au lit.

Un mois après ce deuxième accouchement, — il y a de cela sept mois, — la malade s'aperçoit qu'elle a une grosseur, qu'elle place sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-postérieure.

La tumeur grossit lentement, mais ces deux derniers mois la tumeur a grossi plus vite et est remontée vers les fausses côtes.

La malade n'en a jamais souffert. Aucun antécédent héréditaire.

A l'*inspection*, nous trouvons dans le flanc droit une tumeur de la grosseur d'une tête fœtale, s'étendant des fausses côtes à trois travers de doigts au-dessous de l'ombilic. Pas de lobulations. La peau glisse sur la tumeur. Pas de veines superficielles.

*Percussion*. — Matité. Pas de sillon délimitant entre la tumeur et le foie, la tumeur et les fausses côtes.

*Palpation*. — La tumeur semble faire corps avec les muscles de la paroi : cela devient évident quand la malade contracte ses droits.

Le toucher vaginal montre que la tumeur n'a aucune relation avec les organes génitaux.

*Diagnostic*. — Fibrome de la paroi abdominale.

Opération. — La tumeur est très grosse et s'étend jusqu'à la cavité péritonéale. On l'enlève en trois morceaux. On est obligé de réséquer du péritoine. La plaie péritonéale est suturée facilement.

### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Pratiqué par M. le docteur Bosc, préparateur d'anatomie pathologique

La tumeur est formée de fibres conjonctives à gros noyaux d'aspect fusiforme et par suite d'allure relativement jeunes. Elles forment des faisceaux qui sont striés dans divers sens et peuvent se disposer en tourbillons. Les vaisseaux sont nombreux, gorgés de sang, et autour de la plupart d'entre eux il existe une zone

claire, finement grenue et renfermant des cellules étoilées de type myxomateux. Cette zone de transformation myxomateuse n'est jamais très étendue.

Certaines des artérioles présentent une gaîne de cellules embryonnaires assez épaisse indiquant un processus inflammatoire actif.

Diagnostic : *Fibrome de la paroi abdominale à prolifération active avec transformation muqueuse, périvasculaire disséminée.*

## Observation II

(Dr Sildeberg, Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1903)

Femme D. M..., 39 ans, entrée à l'hôpital le 2 novembre 1902. Constitution faible ; misère physiologique. Mariée depuis dix ans. Dix accouchements à terme ; bien réglée. Depuis un an, la malade voit son ventre augmenter et ressent des douleurs. La malade est très affaiblie ; la peau est desséchée, couverte de plis. Les organes thoraciques sont normaux. Artères dures. Pouls à 78. Température normale.

La paroi abdominale amincie est soulevée par une tumeur de surface inégale et nodulaire. Circonférence abdominale : 81 centimètres. Distance de l'ombilic au pubis : 25 centimètres, et de l'ombilic jusqu'à l'appendice xyphoïde : 16 centimètres. La tumeur est en grande partie située dans le flanc droit, modérément mobile. La limite supérieure est à deux doigts du bord supérieur de la dernière côte. La matité hépatique se confond presque avec la matité de la tumeur. Sur le segment inférieur

gauche de la tumeur on sent nettement et on voit même un amas d'anses intestinales, et le son devient plus clair. Par l'insufflation, on rend visible le côlon ascendant couché sur la tumeur. Du côté de l'appareil génital : atrophie sénile ; adhérence de la tumeur.

*Cystoscopie.* — Les deux extrémités vésicales des deux uretères sont normales. Cathétérisme de l'uretère droit : le cathéter est arrêté à mi-chemin ; l'urine coule lentement ; jamais d'hématurie.

Consistance inégale : molle, souple en certains endroits, dure dans d'autres.

*Diagnostic.* — Sarcome du rein (?) rétro-péritonéal.

Opération. — Incision oblique d'arrière en avant et de haut en bas, descendant de la 12e côte à la crête iliaque couche par couche : peau, tissu cellulaire sous-cutané.

La tumeur apparaît lisse, fluctuante. 4 ponctions exploratrices n'amènent qu'un peu de sang. Dans l'angle inférieur de la plaie, le feuillet pariétal du péritoine adhère à la tumeur. Pour faciliter l'isolement de celle-ci, on est obligé de prolonger l'incision plus bas, en la dirigeant du côté du pubis. Cela ne suffit pas encore et l'on fait une deuxième incision perpendiculaire à la première jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic. Cette dernière atteint le muscle droit. Alors seulement on peut procéder à l'énucléation par le bord mousse du bistouri, en épargnant les parties de la capsule adhérentes au péritoine. Cependant, le péritoine est ouvert sur une grande étendue : on réunit immédiatement par des pinces de Mikulicz. La tumeur est située sur le muscle iliaque interne auquel elle est très adhérente.

Tous les organes de la région iliaque sont ainsi disséqués depuis l'extrémité inférieure du rein en haut jusqu'à l'arcade crurale en bas. Suture du péritoine par fil continu avec, par places, sutures métalliques ; suture des couches musculaires. Les lèvres de la peau sont réunies en bas ; dans la partie supérieure de la plaie, pas de réunion, et l'orifice est bouché par des tampons.

*Examen microscopique.* — Un tissu conjonctif dense prédomine : noyaux myxomateux : dégénérescence graisseuse ; quelques fibres réticulaires.

## Observation III

Graetzer. *Inaug. Diss.*. Breslau. 22 juillet 1879

Fibrome myxomateux bilatéral des parois de l'abdomen

D. D..., âgée de 33 ans, toujours bien portante. Réglée régulièrement depuis l'âge de 20 ans. Deux accouchements normaux remontant à 3 ans.

Il y a 2 ans et demi, la malade sentit des deux côtés du ventre des tumeurs de l'étendue de la paume de la main, mobiles sous la peau et non douloureuses.

Depuis cette époque, les deux tumeurs s'accrurent doucement mais continuellement, sans douleur et sans atteinte à l'état général.

19 février 1878. — Ablation de la tumeur gauche. Celle-ci, du volume du poing, était grossièrement mamelonnée, d'aspect blanc, rougeâtre à la coupe, extrêmement dure. Au microscope, la tumeur montrait un tissu conjonctif ondulé, fasciculé, rangé en groupes isolés qui

tantôt se croisaient à angles droits ou obliques, tantôt couraient parallèlement.

Il y avait proportionnellement très peu d'orifices vasculaires ; à l'intérieur de la tumeur se trouvait une partie en état de dégénérescence myxomateuse. C'était donc un fibrome myxomateux.

La tumeur du côté droit ne présentait pas de points muqueux.

## Observation IV

(Dr Sildeberg, Bull. Soc. Anat. de Paris. 1903

Femme R. G..., 58 ans, entrée à l'hôpital le 31 octobre 1902.

Depuis 2 ans, petite tumeur sous l'appendice xyphoïde. Pendant quelque temps, elle est restée stationnaire : elle commence depuis peu à augmenter ; elle devient douloureuse et gêne la marche. Les organes abdominaux sont normaux. La tumeur, de la grandeur d'une paume moyenne, est dure, mobile, indolore au palper ; elle ne fait pas proéminer la peau qui reste libre sur la tumeur. Dans la station debout, quand les grands droits sont tendus, la tumeur est bien palpable.

*Diagnostic.* — Sarcome (?) du muscle droit abdominal gauche.

Opération le 2 novembre 1902. – Incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la tumeur, laquelle sort des fibres du muscle droit abdominal et perce le tendon de l'aponévrose du muscle oblique externe. Pour l'énucléation de la tumeur on est obligé de rompre l'apo-

névrose en deux endroits, d'autant plus que la tumeur présente différents lobules dont quelques-uns passent sous l'aponévrose.

Après énucléation de la tumeur avec sa capsule, on suture et on introduit de la gaze iodoformée dans l'angle inférieur de la plaie.

*Examen microscopique.*— Fibrome avec noyaux myxomateux.

## Observation V

Tirée du Bull. de la Soc. Anat. de Nantes, avril 1882

Fibrome avec points myxomateux de la paroi antérieure de l'abdomen

M. le D^r Patonreau a envoyé au laboratoire une grosse tumeur enlevée par lui : cette tumeur siégeait à la paroi antérieure de l'abdomen et s'était probablement développée aux dépens des aponévroses de la région.

Le tissu est blanc, très dur, d'aspect franchement fibreux. L'examen microscopique montre que la plus grande partie du tissu pathologique est constituée par des faisceaux connectifs ondulés, assez pauvres en cellules.

Par places, cependant, les cellules deviennent assez rapprochées les unes des autres ; elles sont fusiformes et l'ensemble du tissu prend un aspect voisin de celui du sarcome. Enfin, on trouve un grand nombre de points où les cellules, écartées les unes des autres, sont devenues étoilées ; entre elles on voit un tissu fibrillaire dont les fibrilles s'entre-croisent dans tous les sens au milieu d'une substance amorphe transparente. Ces points ont donc le caractère du myxome. Il s'agit donc, en résumé, d'un fibrome avec points myxomateux, fait très habituel dans les grosses tumeurs fibreuses.

# BIBLIOGRAPHIE


Andain.— Soc. de chir., p. 469 et 481.
Ardouin.— Bull. Soc. Anat., 1897, n° 18.
Auvray et Marcyll.— Bull. Soc. Anat., juillet 1899.
Bazy.— Semaine médicale, 1902.
Bodin.— Thèse de Paris, 1861.
Bulletin anatomique de Nantes, avril 1882.
Bouchacourt.— Gaz. des hôpitaux.
Caubet.— Bull. Soc. Anat., 25 juillet 1902.
Claude et Tuffier.— Bull. Soc. Anat., 1895.
Damalix.— Thèse de Paris, 1886.
Doleris et Mangin.— Gynécologie, 1896.
Duchène-Marulaz.— Thèse de Lyon, 1898.
Falet.— Bull. méd. du Nord, 1894.
Graetzer.— Inaug. Diss. Breslau, 22 juillet 1879.
Gross.— Bulletin médical, 31 mars 1900.
Guinard.— Revue de chirurgie, 1898.
Guyon.— Soc. de chirurgie.
Hassler.— IX° Congrès français de chirurgie, 1895.
Herzog.— Thèse de Munich.
Iwanoff.— Troudi obchestwa Kïewskich wratcheï, 1902.
Jacobelli.— Centralblatt für Chirurgie, 1896, n° 51.
Kirmisson.— Soc. de chirurgie, 1899.
— Soc. de chirurgie, 24 janvier 1894.
Kramer.— Semaine médicale, 1896.
Labbé et Remy.— Traité des fibromes abdominaux, 1888.
Laroyenne.— Gazette des hôpitaux, 1869, p. 450.
Ledderhoze.— Deutsche Chirurgie, 1890, Liferung 45.

Leduc. — V^e Congrès français de chirurgie, 1891.
Le Dentu. — Soc. de chirurgie, 1886.
Michaux. — Traité de chirurgie (Duplay et Reclus), 1893.
Morestin. — Bull. Soc. Nat., 1899.
Nélaton. — Gazette des hôpitaux, p. 77.
Noirot. — Thèse de Paris, 1897.
Panas. — Gazette des hôpitaux, 1873, p. 677.
Potherat. — Bull. et Mém. de la Société de chirurgie. Paris, 1903.
Panizzo y Munoz. — Thèse de Naples.
Presse Médicale, 2 août 1902.
Puyaubert. — Thèse de Paris, 1899.
Reclus. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1895.
Revue de gynécologie et de chirurgie, 1901, p. 170.
Reynier. — Bull. Soc. de chirurgie, 28 juillet 1897.
Segond. — Gazette des hôpitaux, 1888.
Silderberg. — Bull. Soc. Anat., Paris, 1903.
Skifossowski. — Vratsch, 1882.
Solonnika. — Vratsch, 1897.
Témoin. — VII^e Congrès français de chirurgie, 1893.
Tillaux. — Traité de chirurgie clinique.
Turner. — Thèse de Paris, 1894.
Verneuil. — Bulletin de la Soc. Anat., 1881.
Verneuil et Quenu. — Bulletin de la Soc. de chirurgie, 1894.
Warnek. — Vratsch, 1893, n° 43.
Wassilevsky. — Thèse de Montpellier, 1903.

---

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 9 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 9 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

# SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!*

---